UNIVERSITÉ DE PARIS VI

FACULTÉ DE MÉDECINE PITIÉ-SALPÊTRIÈRE

Année 197 5

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplome d'état)

N° 100

PAR

Mademoiselle DAHLIA TORCHIN

Née le 28 Mai 1948 à Paris 3 ème

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA FRIGIDITE

A L'AIDE DE DEUX CENTS
DOSSIERS DE LA CONSULTATION PILOTE
DU DISPENSAIRE DE FONTENAY sous BOIS

Président : Monsieur Paul MORIN , Professeur

UNIVERSITÉ DE PARIS VI

FACULTÉ DE MÉDECINE PITIÉ-SALPÊTRIÈRE

Année 197 **THÈSE** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplome d'état)

PAR

Mademoiselle DAHLIA TORCHIN

Née le 28 Mai 1948 à Paris 3 ème

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA FRIGIDITE

A L'AIDE DE DEUX CENTS
DOSSIERS DE LA CONSULTATION PILOTE
DU DISPENSAIRE DE FONTENAY sous BOIS

Président : Monsieur Paul MORIN , Professeur

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A MA MERE

qui m'a souvent aidée par son
courage et son exemple

A MON PERE

en témoignage de mon admiration
pour son humanisme.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548124_0017

A MA SOEUR DANIELLE

A MON FRERE LUCIEN

A MON ONCLE LE DOCTEUR André LEJWI

qui aurait été fier, lui qui a contribué
à susciter en moi l'intérêt pour la Médecine
de voir ce travail achevé.

A GUY MARUANI

qui m'a beaucoup aidé dans ce travail
qu'il trouve ici l'assurance de ma
profonde amitié.

A VIVIANE ET ALAIN

A MES AMIS

A CATHERINE, fidèle et patiente compagne de travail.

A Monsieur le Professeur Paul MORIN

qui a bien voulu me faire l'honneur de présider cette thèse.

A Monsieur le Professeur Agrégé Philippe ENGELMANN

qui a bien voulu m'aider de ses conseils lors de la rédaction de ce travail.

A mes Mäitres en Gynécologie

Monsieur le Professeur Agrégé LEWIN

Monsieur le Docteur A. NETTER

Monsieur le Professeur HUGUIER

ainsi qu'à tous les Assistants de leurs services

Qu'ils soient remerciés pour leur enseignement de la gynécologie et la formation médicale qu'ils m'ont inculquée.

Au Professeur SER et au Professeur INSLER

Service de Gynécologie Obstétrique

de L'hôpital de TEL HACHOMER

ISRAEL

C"est mon passage dans ce service qu'à

décidé de mon orientation vers la gynécologie

qu'ils en soient remerciés

Au Docteur TALMA ROSENTHAL

en témoignage de mon admiration affectueuse

pour sa vaillance et sa grande compétence

A Madame ORIF ainsi qu'à toute l'équipe du Centre Médical de FONTENAY SOUS BOIS

Docteur Guy MARUANI, Psychiatre

Docteur Paul ATLAN, Gynécologue

Madame JAUZE, Assistante de Consultation

Pour leur aide efficace

avec mes remerciements.

I N T R O D U C T I O N

La frigidité n'est plus en 1975 un sujet interdit, ni pour les femmes ni pour le médecin. Nous voudrions par cette étude à la faveur d'une expérience d'un type nouveau, préciser quelques hypothèses sur la frigidité.

Nous nous fonderons sur un travail en équipe dans un centre médico-social, centre pilote de planification des naissances conforme aux décrets d'application de la loi Neuwirth.

Il nous est apparu en effet que si frigidité et comportement sexuel en général ont été abondamment étudiés dans la littérature d'un point de vue clinique, métabolique ou théorique, rares ont été les études pluri-disciplinaires. Reconnaissons que les gynécologues souffrent souvent de l'insuffisance de leur formation psychologique. Quant aux psychiatres, ils se voient par définition qu'un certain type de clientèle.

La consultation de Fontenay sous Bois, offre un double avantage - d'un travail d'équipe qui unit un gynécologue et un psychiatre de formation psychanalytique ;

- d'un nombre de dossiers permettant des conclusions à valeur statistique.

Ce type de travail soulève la question d'un nouvel abord thérapeutique dans la mesure où une éducation sexuelle implicite et diffuse résulte de la prise en compte conjointe du corps et de l'esprit, loin d'une certaine sexologie limitée aux simples organes génitaux.

Nous avons en particulier très souvent rapproché le comportement sexuel des clientes concernées, et leur attitude matière de

contraception. Il nous semble en effet que la contraception joue un rôle de révélateur. De plus elle "parait pour l'instant le remède le plus simple contre l'avortement".

Aussi nous avons tenté d'ordonner par rapport à ces deux questions (frigidité, contraception) les données touchant à :

- l'âge,
- la situation familiale,
- la parité,
- le niveau socio-culturel,
- la profession,
- la structure psychologique.

L'Etat actuel de la contraception en France

Jusqu'à la loi Neuwirth (1967) la contraception était d'après la loi française assimilée à une propagande anti-conceptionnelle donc anti-nataliste voire abortive et comme telle passible de poursuites judiciaires.

Aussi les pionniers de la contraception en France, tels Madame le Docteur LAGROUA WEILL-HALLE et les fondateurs de la "Maternité Heureuse" qui devait devenir par la suite le Mouvement Français pour le Planning Familial se sont entourés au départ de nombreuses précautions telles l'obligation d'adhésion au mouvement pour tous les utilisateurs. Par la suite, la contraception étant autorisée, Madame le Docteur LAGROUA WEILL HALLE a fondé l'Association pour l'Etude des Problèmes de la Naissance qui a mis au point le principe de fonctionnement en équipe des centres de planification familiale tel qu'il a été repris dans un des tardifs décrêts d'application de la loi Neuwirth (1973).

Actuellement 100 centres de ce type ont été créés par le Ministère, cependant dans sa majorité la prescription contraceptive est le fait des médecins généralistes. Le nombre des utilisatrices a augmenté en flèche. La décision de remboursement par la Sécurité Sociale des consultations et des moyens contraceptifs accélèrera sans doute ce processus jusqu'à ce qu'on atteigne vraisemblablement le plateau qu'on rencontre aux U.S.A., à savoir 35 à 40 % des femmes en situation utilisant la contraception orale, 8 à 10 % utilisant la contraception médicale locale.

.../..

Le nombre des femmes françaises entre 16 et 45 ans est de :

POPULATION FEMININE

AU 1er JANVIER 1974

Référence INSEE

16 à 18 ans :	1 223 438
19 à 25 ans :	2 969 902
26 à 35 ans :	3 179 909
36 à 45 ans :	3 207 863
	10 581 112

Le nombre de plaquettes de contraceptifs vendus rapportés au nombre de cycles conduit à ces chiffres d'utilisatrices

NOMBRE DE FEMMES SOUS PILULE

En 1972 :	1.252.600
En 1973 :	1.648.900
Janvier à Juillet 1974 :	2.147.771

On voit qu'actuellement 25 % des femmes françaises utilisent la pilule ce qui, compte tenu des femmes enceintes, stériles ou déjà ménopausées est un chiffre imposant.

.../...

Pour les méthodes locales, 50 000 diaphragmes sont vendus en France par mois : quant aux préservatifs masculins, le chiffre de vente est de 5 Millions d'unités par mois, chiffres obligeamment fournis par le Service Commercial d'un laboratoire qui tient à garder l'anonymat. On peut apprécier la diffusion du stérilet dans le rapport d'une femme sous stérilet pour dix utilisatrices de la pilule.

L'anathème jeté par certains sur la contraception s'est déplacée sur l'avortement. Enfin le statut de la femme se modifie peu à peu de telle sorte qu'elle est plus à même de décider de ses choix en matière de nombre et d'espacement des naissances.

Evolution des Conceptions sur la Frigidité

Nous voudrions avant d'aborder notre étude donner un rapide aperçu des différentes conceptions et des diverses définitions de la frigidité qui en découlent :

La sexualité féminine a été abondamment étudiée dans la littérature et tous les auteurs ont mis l'accent sur la complexité de cette étude. FREUD disait : "Si vous voulez en savoir davantage sur la sexualité féminine, interrogez votre propre expérience, demandez aux poêtes ou bien attendez que la science soit capable de vous fournir des renseignements plus approfondis et plus coordonnés".

La définition de la frigidité a été très variable selon les époques et selon les auteurs. Ce sont d'abord des hommes et FREUD en premier qui voulurent imposer à la femme un schéma érotique monopolaire, uniquement vaginal en image renversée du schéma érotique monopolaire de l'homme.

Le clitoris agent de la masturbation infantile et adolescente, inutile à l'assouvissement fut considéré comme un organe inférieur et la femme adulte devait renoncer à son visage. Quelques femmes, propagandistes de FREUD (Marie Bonaparte, Hélène Deutsch) ont largement répandu les mythes anti-clitoridiens. Elles ont parlé de frigidité partielle pour décrire la maladie dont souffraient les clitoridiennes.

BERGLER a imposé une définition de la frigidité qui a prévalu pendant vingt ans : "la frigidité est l'absence d'orgasme vaginal".

.../...

Les premières études scientifiques de grande envergure des réactions sexuelles faites par MASTERS et JOHNSON qui ont observé et étudié des milliers de femmes pendant l'orgasme, ont montré que tous les orgasmes féminins, qu'ils soient induits par le coït ou par la stimulation clitoridienne sont physiologiquement identiques. Mieux, l'orgasme féminin n'est jamais clitoridien ou vaginal, il a toujours les deux composantes, plutôt que de parler de frigidité ils ont utilisé le terme de dysfonctionnement orgasmique primaire ou contingent, selon que la femme a connu ou non l'orgasme quelqu'en soient les modalités d'obtention.
Une évolution s'est donc faite dans l'approche de la définition de la frigidité.

De l'absence d'orgasme vaginal des premiers analystes on est passé à l'absence d'orgasme en général, Gérard ZWANG dans sa définition accorde un rôle important au partenaire.
" Définir la frigidité exige de tenir compte du partenaire dont les stimulations érogènes sont incapables de mener la femme au terme orgasmique de la réaction sexuelle.
Elle est l'inadaptation au plaisir réciproque".

Enfin d'autres auteurs comme Madame Hélène Michel WOLFROMM ont mis en lumière la satisfaction sexuelle.

Pour H.M. WOLFROMM la frigidité est, quelle que soit la qualité du plaisir l'insatisfaction sexuelle.
" Une femme qui a des sensations modérées sans orgasme vaginal mais satisfaisantes n'est pas frigide. La distinction entre anaphrodisie, sensation clitoridienne, plaisir vaginal rare ou sans orgasme lui parait dénuée de signification clinique. Seule compte l'angoisse dont est investie l'insatisfaction."

.../...

On voit donc que la fréquence de la frigidité dépend largement des pays et des définitions et selon H.M. WOLFROMM

" Si comme FREUD, BERGLER, Marie BONAPARTE, René HELD, on considère comme frigide toute femme qui n'atteint pas l'orgasme vaginal la plupart des Françaises sont frigides.

Mais lorsque suivant WEISS et ENGLISH, PRILL, lena LEVINE nous jugeons anormales les seules femmes mécontentes de leurs sensations auprès de leurs partenaires, l'insensibilité est moins fréquente".

Nous pouvons en témoigner par quelques chiffres

- 70 % de frigides selon BERGLER.
- En Amérique, de 50 à 90 % selon les auteurs, pour KINSEY 15 %
- En Allemagne, 50 %
- En Hollande, 65 %.

Le Principe de la Consultation

La consultante est reçue par l'assistante qui a pour missions de l'informer et de la conseiller au niveau de la mise en oeuvre de ses choix. Lorsqu'elle vient pour la première fois elle a un entretien avec le psychiatre qu'elle ne reverra par la suite que si elle le désire. Cette écoute (qui n'est pas à proprement parler une consultation psychiatrique habituelle puisque sauf cas particuliers on n'y a pas affaire à des malades dites "psychiatriques") vise à aider la femme à différencier la part latente de la part manifeste de sa demande de contraception, autrement dit à la sensibiliser à la dimension inconsciente d'une telle démarche.

La cliente est ensuite vue par le gynécologue, l'assistante fait la liaison entre ce dernier et le psychiatre et, compte tenu du souhait de la cliente, de sa structure psychologique et des possibilités cliniques, le gynécologue prescrit le procédé contraceptif que l'on espère le plus authentiquement assumé par la cliente. L'ensemble de l'équipe doit apparaitre à celle-ci comme présent, disponible, neutre et bienveillant.

Outre l'équipe médicale il faut souligner l'importance des infirmières et secrétaires du dispensaire qui sont jeunes et intéressées par ce domaine. Elles ne rechignent pas éventuellement à garder les enfants dans la salle d'attente pendant que les mères consultent.

La formule parait convenir puisque l'étude du mode de recrutement de la clientèle nous permet de constater que :

12 % des femmes sont adressées par des médecins ;

.../...

5% des femmes viennent après lecture des journaux (le bulletin municipal de Fontenay, le journal Parents, l'Express...),

7 % sont dirigés par les assistantes sociales,

9 % par les centres P.M.I.

18 % par le dispensaire lui-même à l'occasion d'une consultation d'une autre spécialité.

33 % des femmes viennent d'elles-mêmes, l'information se transmettant sans doute de bouche à oreille.

Enfin, 16 % viennent suivant le conseil d'une femme qui a déjà consulté.

On voit donc que la clientèle se fait pour près de la moitié des cas par autorecrutement.

Le motif de la première consultation a été :

pour 64 % des femmes, contraception

5 % grossesse ou suspicion

5 % demande de terminaison de grossesse

3 % stérilité

21 % pour raisons gynécologiques diverses.

Au total 13 % ont formulé une demande d'aide psychologique associée (ou isolée : 2 %)

.../...

Notre étude portera sur les 200 premières consultantes du centre de Fontenay scus Bois.

METHODOLOGIE

Pour pouvoir donner une exploitation chiffrée à ce travail, nous avons utilisé le dossier complet de la patiente établi et annoté au cours de chaque consultation, et surtout la fiche statistique de chaque cliente du modèle suivant :

FICHE MEDICALE

I.- ETAT-CIVIL

Age

1 ... moins de 21 ans
2 ... 21 - 35 ans
3 ... 35 ans - ménopause
4 ... post-ménopause

Situation

5 ... célibataire
6 ... mariée
7 ... divorcée

Enfants

8 ... pas d'enfant
9 ... un enfant
10 ... deux enfants
11 ... trois ou plus

Niveau scolaire

12 ... analphabète ou étrangère
13 ... école primaire C.E.P.
14 ... études secondaires
15 ... études supérieures

Profession

16 ... sans profession
17 ... ouvrière
18 ... bureau
19 ... profession libérale

II.- ANTECEDENTS GYNECO-OBSTETRICAUX

20 ... avortement spontané
21 ... avortement provoqué sans suites
22 ... avortement provoqué avec suites
23 ... intervention chirurgicale
24 ... une grossesse compliquée au moins
25 ... pas de contraception féminine
26 ... contraception orale
D.I.U. 27
Diaphragme 28
Sexualité satisfaisante 29
Frigidité habituelle 30

III.- MOTIF de la CONSULTATION

Contraception 31
Grossesse 32
Interruption de grossesse 33
Stérilité 34
Gynécologique 35
Psychologique 36

IV.- DECISIONS MEDICALES

Dosage des lipides 37
Frottis vaginal 38
Ex. Cyto. Bact. 39
Pas de mesure contraceptive 40
Contraception orale 41
Stérilet 42
Diaphragme 43
Traitement gynécologique 44

V.- ETUDE PSYCHOLOGIQUE

Symptômes psychiatriques patents 45
Problèmes relationnels 46
R.A.S. 47
Structure psychotique 48
Structure névrotique 49
Autres (perversion 50
(déséquilibre psychopatique
(névrose de caractère
(structure psychosomatique

Nous avons eu recours aussi à l'interview des différents membres de l'équipe ainsi que de certaines patientes chaque fois que cela aura été nécessaire.

Nous voudrions insister sur cette fiche statistique qui a été à la base de notre travail.

Elle est utilisée pour décrire essentiellement la première consultation mais remplie en général à la deuxième ou la troisième consultation car :

Il faut souvent plusieurs consultations pour prescrire une méthode contraceptive ; attendre le résultat des examens complémentaires par exemple.

De même ce n'est qu'après plusieurs consultations que l'on peut avoir plus de sécurité dans l'affirmation d'un certain diagnostic de personnalité.

Enfin le fait même que la femme revienne prouve qu'une certaine relation s'est établie.

Avant d'expliciter plus avant les différents items nous voudrions émettre quelques réserves en ce qui concerne cette fiche et son utilisation.

Tout d'abord cette fiche représentant une photographie à temps de pose très lent, de la première consultation ne permet pas de suivre l'évolution de certains symptômes comme toute fiche statistique arbitrairement établie et rigide. Elle ne permet pas l'étude de certains cas particuliers, enfin certains items à notre sens manquent comme par exemple les références au partenaire.

C'est pour toutes ces raisons que le recours au dossier a été très souvent utile et fructueux.

.../...

Une deuxième réserve concerne les résultats que nous allons donner bien qu'il s'agisse d'un travail chiffré, ce n'est pas à proprement parler un travail statistique car :

- les items de la fiche sont parfois mutuellement exclusifs et parfois ne le sont pas.

- l'échantillon non sélectionné de population est fonction du hasard dans un certain sens mais évidemment non randomisé

- il n'y a pas de possibilité de comparaison avec un autre centre de ce type existant en FRANCE encore que la référence au travail du Professeur PASINI à Genève nous sera très précieuse.

Enfin vu le nombre des items et le nombre de ceux qui s'excluent, l'échantillon est insuffisant pour calculer des variances et corrélations absolument significatives.

Pour toutes ces raisons nous avons du renoncer avec tristesse à toutes les ressources de la statistique moderne.

Toutefois nous ne désespérons pas qu'un jour, devant l'augmentation de la clientèle et le développement de centres de ce type nous ne puissions effectuer ce genre de calcul.

Enfin à un niveau peut être empirique mais démonstratif il y a là un matériel satisfaisant.

.../...

L'Etude des différents items

- Les dix premiers concernant l'état civil s'expliquent d'eux-mêmes. En ce qui concerne le nombre d'enfant (trois ou plus, numéro II) nous avons en fait noté à chaque fois le nombre d'enfants lors de la première consultation sans préjuger des naissances ultérieures.

- Pour analphabète ou étrangère sont classés en fait les travailleurs migrants, en France depuis peu ou, bien qu'étant là depuis un certain nombre d'années ne parlent pas français couramment. En raison du recrutement de la commune il s'agit d'analphabètes pour les nord-Africaines et d'étrangères pour les ibériques.

- 16 : sans profession ou sans profession autre que mère de famille.

- quant aux antécédents gynécologiques obstétricaux nous reviendrons en détail sur les numéros 29 et 30.

- le motif de la consultation (III) est le motif invoqué par la femme elle-même.

- l'étude psychologique (V) est faite par le psychiatre :

Deux catégories s'excluent d'une part (45-46-47) et (48-49-50). R.A.S. : pas de difficultés à signaler ni dans le comportement ni dans les attitudes.

Problèmes relationnels : Tonalité dépressive de l'humeur difficultés au travail ou en famille avec répercussions sur l'appréciation qu'a d'elle-même la cliente à ce moment. Pathologie courante sans caractère de gravité et ne nécessitant pas de traitement psychologique institué.

.../...

- 45 : Symptômes psychiatriques caractérisés.
femme déjà soignée en milieu psychiatrique ou qui nécessiterait de l'être pour troubles du comportement qui mériteraient un diagnostic psychiatrique.

Cela ne signifie nullement qu'il y ait déjà eu toujours des troubles typiques voire même une souffrance reconnues par la cliente ou son entourage.

- Structure névrotique femme qui présente une personnalité avec des traits qui sont fondamentalement du domaine des psychonévroses de transfert : hystérie, névrose phobique ou névrose obsessionnelle.

- Structure psychotique correspond, outre les psychoses caractérisées ou révélées (psychose maniaco dépressive, délires, hallucinations) à des personnalités dites "prépsychoses" ou "psychoses blanches", ou "Border line" voire des personnalités paranoïaques bien adaptées socialement.

- Pour "les autres" (50) elles correspondent à cet ensemble de personnalités ou la mentalisation des affects et des conflits est inopérante, ce qui entraîne des mécanismes de défense essentiellement à type de passage à l'acte (déséquilibre psychopathique) de somatisation (structure psychosomatique) ou de ritualisation (névrose de caractère).

NOTE : Autant la première rubrique de cette étude psychologique est descriptive (45-46-47) autant celle des structures est prospective (48-49-50) :

C'est l'estimation par le psychiatre de la structure même de la personnalité de la consultante faite sur des critères simplement psychanalytiques : les caractères de la relation d'objet, la force ou la faiblesse du moi, la validité des identifications. Enfin le jeu

des pulsions partielles et en définitive la qualité du contact et de la relation qui s'établit durant l'entretien. En somme celui-ci est tout à fait comparable dans ses modalités techniques à l'entretien préalable du psychanalyste et du demandeur d'analyse bien que l'objet en soit très différent et moins ambitieux.

Nous voudrions revenir sur les éléments utilisés dans la définition d'appartenance à une catégorie de comportements sexuels (29-30).

Nous nous fondons sur :

. Les dires de la cliente:

. tempérés par l'impression clinique des trois membres de l'équipe.

. Eventuellement ce qu'en dit le partenaire

. Et en dernier ressort les conclusions du psychiatre compte tenu de la personnalité globale de la patiente.

Nous entendons par "frigidité" l'anorgasmie ressentie comme telle par la patiente.

La définition de BERGLER pour qui la "frigidité égale l'absence d'orgasme vaginal" nous semble par trop restrictive et nous penchons bien plus pour la définition de Madame le Docteur Hélène MICHEL WOLFROMM

"Une femme frigide est une femme qui se sent insatisfaite, à envie de pleurer et n'a pas sommeil après les relations sexuelles, sans préjuger ni de leur nature ni de la qualité des sensations.

La frigidité est à distinguer de l'anaphrodisie absence de tout désir sexuel qui peut se traduire

- soit par une femme qui n'a pas du tout de relations sexuelles, soit qui en a pour faire plaisir à son partenaire (et pour qui le fait que cela ne soit pas douloureux est déjà satisfaisant...)

Par sexualité satisfaisante (29) on signifie que les femmes ont des rapports sexuels gratifiants et atteignent généralement l'orgasme quand bien même elles auraient par ailleurs des

.../...

difficultés de couple. Cette satisfaction peut varier, cependant en fonction des aléas de leur vie relationnelle.

- Par frigidité habituelle (30) nous entendons :

Les femmes qui se trouvent dans cet état d'insatisfaction quelle que soit la nature des relations et quel que soit le partenaire*

* Dans son étude portant sur 300 clientes de contraception PASINI distingue trois rubriques de leur comportement sexuel :

- le désir
- la satisfaction
- la fréquence.

Nous ne discriminons pas la frigidité selon ces critères puisque nous retenons l'absence de satisfaction malgré la présence de désir. Autrement dit frigidité implique pour nous une certaine souffrance psychologique ressentie par la femme, et dès lors la fréquence des relations sexuelles peut évoluer entre deux extrêmes.

- la recherche effrenée d'une satisfaction (dont la nymphomanie représente une variante)
- ou le refus rageur de toute relation, rejetée d'avance

D'ailleurs l'étude de la fréquence ne peut être menée qu'en interrogeant les femmes, et l'on sait depuis BALINT qu'on introduit là un biais. Enfin un traitement trop "scientifique" de telles données peut aboutir à une certaine déréalisation : que signigie en effet l'appréciation statistique du désir sexuel en fonction de la fréquence sexuelle égale, augmentée ou diminuée, et est-il besoin du Khi 2 pour démontrer que désir sexuel et satisfaction sexuelle évoluent de pair ?

.../...

Nous aimerions illustrer ces notions par des "HISTOIRES" cliniques choisies parmi nos dossiers :

Madame Z. mariée, 22 ans vient consulter pour surveillance d'une contraception orale qu'elle prend depuis la naissance de son fils il y a deux ans.

En fait elle se plaint très vite de brûlures et de prurit insupportables survenant après les rapports sexuels. Elle se débat dans un conflit conjugal aigu ; son mari vit une grande amitié avec un éleveur de chiens, et il passe ses dimanches en compagnie de cet ami de 40 ans et de leurs bêtes respectives.

Bien entendu il invite très souvent cet ami au foyer tout en accusant sa femme d'être infidèle ; pourtant il n'a pas un comportement de jaloux (il ne se rend pas compte inconsciemment que sa femme ne déplait pas à son ami cynophile...)

Madame Z. est elle-même une personnalité hystérique avec un bon niveau d'élaboration malgré une enfance difficile puisque ses parents étaient séparés. Sa mère a divorcé par deux fois et est alcoolique.

Elle-même s'entend finalement moins bien avec son fils que son mari ne le fait. Six mois auparavant elle a effectué une tentative de suicide très théâtrale par ingestion de somnifères.

Malgré ces difficultés conjugales chez une personnalité névrotique on apprend que les relations sexuelles s'accompagnent d'orgasme et d'une satisfaction que Madame Z. se reproche sous la forme du prurit après les rapports.

On voit par cette histoire qu'un niveau de communication assez profond est nécessaire pour pouvoir affirmer qu'une femme est ou non en situation de frigidité.

.../...

Madame X. 22 ans, mariée, consulte 3 mois après un accouchement dystocique (forceps). Elle a cessé d'allaiter depuis une semaine. Son généraliste lui a prescrit une contraception orale à commencer après le retour de couches qui ne s'est pas encore produit.

Elle signale une leucorrhée traitée par comprimés gynécologiques depuis longtemps.

Mycose qu'elle invoque pour justifier son refus de rapports depuis l'accouchement. En fait son mari sportif émérite et elle habitent chez ses parents. Mariée depuis 3 ans elle a toujours été frigide. Les rapports sont rares. Elle regrette le temps où elle n'avait pas de règles "c'était bien pratique, dit-elle".

Le contraste entre l'histoire précédente et celle-ci montre bien que les facteurs inconscients semblent au moins aussi importants dans la genèse de la frigidité que les facteurs actuels liés à la situation objective.

Voici donc les résultats chiffrés de notre étude :

Sur 200 dossiers nous avons 46 dossiers de femmes frigides soit 23 % se répartissant ainsi :

1 de moins de 21 ans, soit 2,1 %

34 entre 21 et 35 ans, soit 73 %

11 de plus de 35 ans, soit 26 %

0 après la ménopause.

L'âge des 200 consultantes de notre échantillon se répartit ainsi :

13 % de moins de 21 ans

66 % entre 21 et 35 ans

20 % entre 35 ans et la ménopause

1 % après la ménopause.

Il semble que le symptôme frigidité soit plus verbalisé avec l'âge (puisque dans notre échantillon le plus grand nombre de femmes frigides a entre 21 et 35 ans), ou du moins plus volontiers présenté au médecin.

Comme la classe d'âge la plus importante de l'échantillon est 21-35 ans, il n'est pas si étonnant que le plus grand nombre de femmes frigides se retrouvent dans cette classe.

.../...

Nous allons tenter d'observer si, en partant de l'opposition frigide-non frigide, il est possible d'ordonner les éléments socio-culturels de façon significativement différente.

Il est évident que la mise en évidence de contrastes marqués ne permettra aucunement d'affirmer que la frigidité en soit la cause ou réciproquement. Tout au plus pourra-t-on dire que le même ensemble de facteurs se traduit là corrélativement dans deux domaines.

De plus, l'absence de notions sur la "valeur fonctionnelle" du partenaire est une des limites, encore qu'on puisse toujours objecter que le choix de ce partenaire n'est pas fortuit. Recherchons tout d'abord ce qu'il en est du comportement familial.

I) MARIAGE

Nous avons comparé la situation maritale des femmes entre 21 et 35 ans, celles pour qui la question du mariage se pose, soit 34 sur 46 frigides, avec les 96 non frigides du même âge puis l'ensemble de l'échantillon.

	Frigides de 21 à 35 ans		non frigides de 21 à 35 ans		Toutes les femmes de 21 à 35 ans de l'échantillon	
ariées	30	80 %	75	77 %	105	80 %
élibataires	4	12 %	17	17 %	21	16 %
ivorcées	0	0	6	6 %	6	4 %
otal	34		98*		132	

Frigidité et mariage font bon ménage, à tout le moins la frigidité n'empêche pas le mariage***
(on peut signaler que la seule jeune femme frigide de moins de 21 ans est mariée).

Nous n'avons aucune femme divorcée parmi les frigides alors que l'incidence du divorce est de 7 %** parmi les femmes non frigides (quel que soit l'âge).

Les chiffres sont insuffisants peut-être pour affirmer que la frigidité n'est pas une cause de divorce, mais dans notre échantillon, divorce et remariage semblent être l'apanage des femmes non frigides.

OTES : * 4 femmes sont vierges mais ont une sexualité extravaginale satisfaisantes pour elle et pour leur partenaire.

** Signalons que 1 mariage sur 10 en France en 1973 se termine par un divorce (soit 11 %)

*** Pour vérifier que le biais de l'âge ne s'est pas introduit dans cette discussion nous avons vérifié :
- l'âge moyen du mariage dansFrance qui est de : 23 ans pour les femmes (1973)
- l'âge moyen du groupe des femmes frigides entre 21 et 35 ans qui est de 27,2
- l'âge moyen du groupe des femmes non frigides entre 21 et 35 ans est de : 26,4

.../...

Il semblerait donc que ce qui se traduit dans la frigidité s'exprime non seulement contre le mari mais contre l'espèce des hommes en général : le mari de la femme frigide semble être là, en tant qu'ambassadeur de ses "congénères" masculins.

Il semblerait aussi que ce rôle ne lui déplaise pas et qu'il y trouve son compte.

Avant d'en venir au problème des enfants on constate qu'il n'y a :

- qu'une fille mère parmi nos 46 femmes frigides.

En revanche parmi les 97 femmes non frigides de 21 à 35 ans, 7 sont filles mères et,

parmi les 29 femmes non frigides entre 35 ans et la ménopause, 3 sont filles mères.

10 femmes sur 126 soit 8 % des femmes non frigides de 21 ans à la ménopause sont filles mères (1).

Ce n'est pas la même relation envers le sexe masculin qui est exprimée dans la maternité célibataire et la frigidité :

Dans un cas, refus de l'homme en tant que père qui donne le nom ; dans l'autre, en tant que partenaire qui donne le plaisir.

NOTE (1) Signalons que 7,5 % des naissances en France en 1973 sont illégitimes.

2) PARITE

Il nous a paru intéressant de rechercher le nombre moyen d'enfants parmi les femmes frigides, et de le rapporter aux diverses catégories socio-professionnelles.

Taux de Fécondité des femmes frigides

Etrangères	3,2
C.E.P.	1,9
Et. Secondaires	1,6
Et. Supérieures	1,25

MAIS

Sans profession	2,6
Ouvrières	1,76
Bureau	1,77
Prof. Libérales	0,85

Soit un taux global de :

1,93

.../...

Avec les femmes plus âgées en moyenne que le reste de la population étudiée, d'où l'on peut sans doute inférer que les femmes frigides ont moins d'enfants que les autres, peut-être parce qu'elles ont moins de relations sexuelles.

(taux global de l'échantillon = 2,21)

taux français en 1971 = 2,48

1er semestre 1974 = 2

1973 = 2,14

taux des femmes non frigides = 2,30

3) Etude des avortements provoqués

Il est difficile de tirer des assertions en ce qui concerne la fréquence des fausses couches provoquées, car on peut en général objecter que si l'avortement est conçu par certaines femmes comme un moyen usuel de régulation des naissances, elles ne nous consultent pas.

Aussi nous bornerons-nous à énumérer les chiffres en ne donnant à nos commentaires qu'une valeur de pure hypothèse.

10 de nos 46 femmes frigides ont eu dans leurs antécédents une FCP soit une proportion de 21,7 %, fréquence à peu près équivalente à celle rencontrée chez les femmes non frigides (19,17 %), compte-tenu de 8 femmes vierges.

Il semblerait donc que la qualité de femme frigide ou épanouie n'influence pas la fréquence du recours à l'avortement.

Il est instructif de noter que les 4 femmes de notre échantillon qui sont célibataires et frigides ont toutes eu une fausse couche provoquée. Tandis que dans le groupe des femmes frigides mariées correspondant, la fréquence tombe à 1 sur 10.

.../...

La femme frigide avorte ou se marie.

Cela confirmerait les indications précédentes concernant les mères célibataires :

La femme frigide est une femme respectable,

" une femme honnête n'a pas de plaisir " (Jean FERRAT)

4) Liaison avec le niveau d'étude et la profession

NON-FRIGIDES

	. Analphabètes Etrangères	C.E.P.	Etudes II	Etudes Sup.
Sans prof.	10	23	11	2
Ouvrières	8	31	0	0
Travail de bureau	1	18	21	3
Prof. libérale	0	1	11	13

FRIGIDES

Sans prof.	2	7	7	0
Ouvrières	3	9	1	0
Travail de bureau	0	7	1	1
Prof. libérale	0	0	4	3

Comparaison des différentes catégories pour chaque groupe de notre échantillon.

	% de femmes frigides	% de femmes non frigides
Analphabètes Etrangères	11	12
Etudes Primaires	51	48
Etudes Secondaires	29	28
Etudes Supérieures	9	12
Sans profession	35,5	30
Ouvrières	29	25,5
Bureau	20	28
Prof. Libérale	15,5	16,5

Il ne semble pas y avoir de différence majeure entre les deux groupes, ce qui indiquerait qu'il n'y a pas de traduction de la distribution sociale des phénomènes en cause dans la frigidité ou bien que les facteurs sociaux ne jouent pas de rôle dans la genèse de la frigidité.

.../...

Plusieurs réflexions peuvent être cependant proposées naissant de la comparaison de ces tableaux.

Tout d'abord il semblerait que les femmes frigides ont tendance à avoir moins d'enfants que les autres tout en restant plus souvent au foyer ou en faisant un travail exigeant moins de qualification.

Par exemple il y a le même pourcentage de femmes dotées de C.E.P. qui sont ouvrières parmi les femmes frigides ou non frigides.

Mais si l'on considère le pourcentage global d'ouvrières selon la qualité de femme frigide ou non, on s'aperçoit qu'il y a plus d'ouvrières chez les femmes frigides et moins d'employées de bureau, alors même qu'il y a plus de femmes frigides qui ne travaillent pas.

Donc les femmes frigides échoueraient dans leur vie sexuelle dans le rôle maternel et dans leur vie professionnelle ?

Pour la fréquence du recours à la fausse couche provoquée selon le milieu socio-professionnel il apparait à la compilation des fiches sans entrer dans le détail du calcul que :

- les femmes plus riches recourent plus facilement à la fausse couche provoquée que celles de revenus plus modestes. (Ceci avant l'abolition de la loi de 1920).

- Parmi les femmes de revenus élevés et uniquement parmi celles-là, l'avortement provoqué est plus pratiqué par les frigides.

(Conclusions très prudentes et qui demanderaient bien sûr à être largement confirmées).

.../...

Contraception et Frigidité

Il en est de la frigidité comme de tous les facteurs qu'une étude statistique, et donc, de fait, sociologique s'efforce d'isoler, c'est à dire qu'il reste enserré dans un ensemble d'autres variables du comportement. Quand la contraception était le fait de 5 % des femmes françaises, il était loisible d'observer parmi elles des distributions significatives. Quand 30 % des femmes utilisent une contraception prescrite par le médecin, on a toute chance que les divers facteurs s'équilibrent dans une sorte de pression moyenne du milieu, et dès lors on ne rencontrera que des distributions gaussiennes uniformément corrélées. Essayons cependant de tracer quelques traits distinctifs.

Nous allons tout d'abord rechercher quelles sont les femmes qui ont eu des antécédents de contraception médicale moderne (contraception orale, stérilet, diaphragme cape cervicale) puisque les fiches statistiques reflets de la première consultation nous permettent cette enquête rétrospective.

Nous excluons de cette étude les huit femmes vierges et une femme trop âgée pour avoir pu bénéficier d'une contraception moderne. Il nous reste donc 191 dossiers.

Parmi nos patientes <u>frigides</u> :

- 22 sur 46 n'ont jamais eu recours avant de nous consulter à la contraception soit 47,82 %.
- 20 ont utilisé la contraception orale

soit 43,47 %.

.../...

- 1 a utilisé le stérilet soit 2,17 %
- 1 a utilisé le diaphragme " 2,17 %
- 1 a utilisé tour à tour pilule et stérilet
- 1 " " " diaphragme puis pilule.

Soit au total si on étudie l'incidence des méthodes par rapport à la population étudiée :

47, 82 % Pilule
3,5 % Diaphragme ;
3,5 % Stérilet.

Chiffre d'utilisation de contraception orale par rapport au nombre de femmes ayant utilisé la contraception.

$\frac{22}{24}$ = 91,66 %

91,66 % des femmes frigides qui "contraceptent" ont eu recours à la pilule un jour ou l'autre ;

8,33 % ont eu recours au diaphragme ;

8,33 % ont eu recours au stérilet.

Pour les femmes <u>non frigides</u> :

- 68 sur 145 n'ont jamais eu recours à la contraception soit 46,89 %

On peut d'ores et déjà affirmer que le recours à la contraception moderne n'est pas plus fréquent chez les femmes frigides que chez les autres.

- 56 sur 145 ont eu recours uniquement à la contraception orale soit 38,62 % .

.../...

- 7 ont eu un stérilet seul soit 4,82 %

- 4 ont utilisé uniquement le diaphragme soit 2,75 %

- 1 a eu une ligature de trompes

- De plus 7 ont utilisé tour à tour stérilet et contraception orale

- 2 ont utilisé tour à tour diaphragme et contraception orale

- Incidence des différentes méthodes dans l'échantillon femmes non frigides

Contraception orale : 44,82 %

Stérilet : 9,65 %

Diaphragme : 4,13 %

- Taux d'utilisation des différentes méthodes par rapport au nombre de femmes avec antécédents de contraception

Pilule $\frac{65}{77}$ = 84,41 %

Stérilet $\frac{14}{77}$ = 18,18 %

Diaphragme $\frac{6}{77}$ = 7,79 %

Apparemment le choix d'une contraception orale semble préférentiel chez les femmes frigides tandis que le recours au stérilet semble plus volontiers le fait des femmes non frigides.

.../...

Essai des diverses méthodes

	Frigides	non Frigides
Contraception orale	91,66 %	84,41 %
Stérilet	8,33 %	18,18 %
Diaphragme	8,33 %	7,79 %

Pour information observons que sur ces 191 patientes en situation :

87 ont essayé la pilule 45,54 %

16 ont essayé le stérilet 8,37 %

8 ont essayé le diaphragme 4,18 %

90 n'ont jamais eu recours à la contraception, soit 47,12 %

On pourrait se demander :

- si c'est la pilule qui rend frigide puisque parmi les femmes frigides de notre échantillon un plus grand nombre ont eu dans leurs antécédents la contraception orale,

- ou bien est-ce parce qu'elles sont frigides au départ qu'elles choisissent cette méthode préférentiellement ?

A la reprise des dossiers nous n'avons trouvé qu'une femme accusant la pilule de son dysfonctionnement sexuel. Toutes les autres étaient frigides au départ.

Nous ne pouvons à l'aide de ces fiches étudier l'évolution de ce symptôme en fonction de la méthode choisie, puisque répétons-le elles ne reflètent que la première consultation. D'autres études ont été faites dans la littérature sur ce sujet, nous y reviendrons.

Nous avons vu que la fécondité semble en rapport avec la profession, il est donc logique dès lors d'étudier si le niveau socio-professionnel n'est pas un facteur prépondérant du recours à la contraception beaucoup plus que le degré d'épanouissement sexuel.

" Rappelons à ce propos l'article du Docteur G. MARUANI sur l'exclusion sociale. On y note que :

Une enquête de 1964 montre que l'information relative à l'existence de centres de planning touche bien davantage les professions libérales que les ouvriers qui représentent avec les autres petits revenus mensuels moins d'1/4 des consultantes.

Toutefois le besoin était à l'époque général puisque même parmi la clientèle aisée on dénombrait en moyenne un avortement provoqué pour trois grossesses.

Parmi les consultantes des centres de planning familial en 1968 (avant les accords de Grenelle)

27 % gagnaient moins de 1 500 F. par mois;

40 % gagnaient entre 1 500 F. et 2 500 F. par mois ;

33 % gagnaient plus de 2 500 F.

Si 62 % des femmes travaillaient, 5 % seulement étaient ouvrières, la profession du conjoint était pour :

7 % industriel, commerçant ;

25 % cadre supérieur, profession libérale

32 % cadre moyen ;

17 % employé ;

19 % ouvrier ou personnel de service.

Il y avait sur représentation des intellectuels.

.../...

Cinq ans plus tard soit après que le sujet ait été largement et souvent porté devant l'opinion une enquête effectuée à la demande du Ministère de la Santé témoigne que l'information sur la contraception atteint toujours sélectivement certaines catégories socio-professionnelles. Les employées, ouvrières, manoeuvres ne représentent que 8 ou 9 % des utilisatrices pour 36 % de cadres supérieurs et 12 % de cadres moyens.

L'impact sur les jeunes femmes et les célibataires apparait également très limité."

Dans notre échantillon :

Antécédents de contraception (nbre de femmes)

	sans prof.	ouvrières	bureau	prof. libérale
non frigides	21	21	24	11
frigides	7	7	5	5

Pas d'Antécédents de contraception

	sans prof.	ouvrières	bureau	prof. libérale
non frigides	25	15	18	10
frigides	9	6	4	3

(Ces lignes confirment l'absence de différence entre frigides et non frigides).

Essayons de préciser à l'aide d'un raisonnement par l'absurde :

Si les antécédents de contraception n'étaient pas fonction du milieu socio-professionnel, ils seraient répartis dans notre échantillon de façon aléatoire. On peut donc calculer les chiffres théoriques qu'on observerait dès lors pour chaque catégorie professionnelle sachant que globalement on a 52,87 % ayant eu déjà recours à la contraception

- que sur 200 clientes nous avons 60 sans profession
  52 ouvrières
  50 employées de bureau
  38 professions libérales

et étudiantes.

Ant. de contrac.	.Sans Prof.	. Ouvr.	. Bureau	. Prof. Libérale
Chiffre calculé	30,56	26,26	25,30	19,18
Chiffre réel	27	29	29	16

Surprise : Les femmes sans profession et les professions libérales semblent recourir moins volontiers à la contraception que les ouvrières et employées. Peut être le recrutement du dispensaire en est-il responsable par le biais de l'âge.

On a fait un calcul de ce type
pour la situation de famille
le nombre d'enfants antérieurs
le nombre d'avortement
et l'équilibre sexuel.

Nous ne les reproduirons pas in extenso.

.../...

En fait aucun des facteurs précités ne jouent un rôle pregnant dans la motivation de la femme sur la contraception.

On peut en conclure :

- que ces facteurs ne jouent aucun rôle
- ou qu'ils interviennent tous à titre divers de façon à s'équilibrer les uns les autres.

Nous allons étudier si le facteur frigidité joue un rôle dans la relation médecin-malade par l'intermédiaire du motif de consultation.

Motif	Contracept.	Grossesse	Terminaison de grossesse	Stérilité	Gynécologique	Psychologique
	98 : 67 %	9 : 6 %	8 : 5 %	3 : 2 %	25 : 17 %	2 : 1 %
Sex. Satisf.	dont 3 avec en + un motif psych.				dont 6 avec en + un motif psych.	
	20 : 43 %	0	2 : 4,3%	2 : 4,3%	18 : 39 %	
Frigides	dont 4 avec en + un motif psych.				dont 7 avec en + un motif psych.	

Parmi les femmes vierges :

6 ont consulté pour contraception dont une avait une demande d'aide psychologique ;

2 ont consulté pour raison gynécologique ;

La femme post-ménopausée a consulté pour raison gynécologique.

Apparemment les femmes à sexualité non problématique utilisent plus volontiers l'équipe dans le sens de son projet fondamental c'est à dire pour leur contraception.

La demande d'aide psychologique a donc été pour les femmes à sexualité satisfaisante manifeste dans 7 % des cas. Pour les femmes frigides, dans 32 % des cas.

Etant donné que la frigidité peut être le motif précis de la demande psychologique, on peut simplement en conclure que la présence d'un psychiatre dans un tel centre est justifié dans la

.../...

mesure où l'on pense qu'il est qualifié pour soigner ce symptôme.

Nous avons donc recherché quels étaient les éléments de description psychologique des consultantes apportées par le psychiatre.

Rappelons que ce dernier classe pour les besoins de la fiche ses clientes, d'une part en 3 catégories structurales :

- Structure Psychotique ;
- Structure Névrotique ;

ou autres (perversions, personnalité psychosomatique, névrose de caractère)

d'autre part, en 3 degrés conjoncturaux

- le symptôme psychiatrique patent
- Problèmes relationnels
- et R.A.S.

Etudions la répartition des femmes non frigides et frigides :

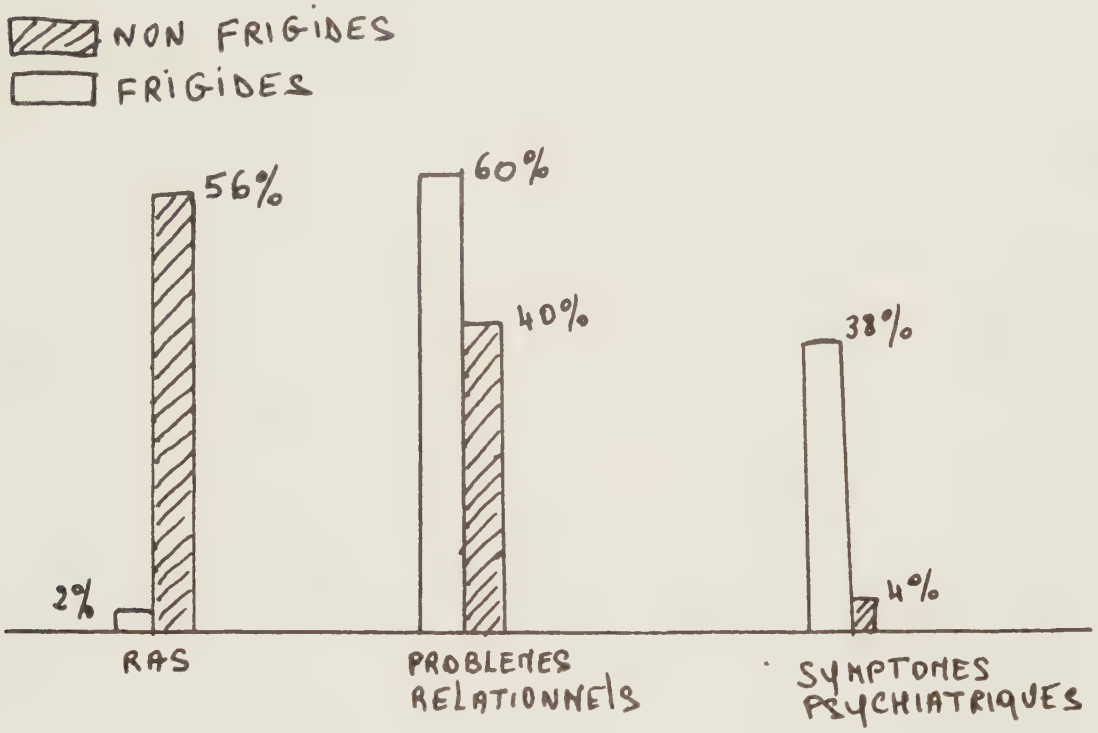
	. Struct. Psychotique	. Autre	. Struct. Névrotique
ion frigides	9 %	24 %	67 %
rigides	9 %	6 %	85 %

Ces chiffres semblent indiquer que la frigidité n'est pas un trait distinctif des états psychotiques ou elle manque régulièrement en revanche ce symptôme semble plus directement lié à des ensembles névrotiques d'ailleurs essentiellement de type hystérique.

.../...

La frigidité est un symptôme qui s'accompagne en effet le plus souvent d'une reconnaissance par le sujet et d'une souffrance mentale.

Voyons maintenant l'intensité des difficultés d'adaptation dans chacune des catégories de femmes névrosées.



La frigité semble être intégrée dans une organisation névrotique patente et se traduisant par un "Mal être" de la femme non exclusivement dans son adaptation sexuelle.

Nous n'avons pu répondre de par la méthodologie même de ce travail à une des questions qui se pose dans une consultation de gynécologie.

La contraception joue-t-elle sur la sexualité ?
La relation contraception-frigidité se fait-elle par le biais de modifications biologiques propres ou bien par celui d'implications plus spécifiquement psychologiques.

Une brève revue de la littérature à ce sujet nous a donc paru souhaitable.

En analysant les enquêtes les plus importantes, nous pouvons dire qu'en général la contraception a eu une influence favorable sur la vie sexuelle de la femme

. Disparition de la peur de grossesse,

. Augmentation de la fréquence des rapports,

. Disparition des syndromes prémenstruels, dysménorrhée, régularisation des cycles avec la contraception orale.

Dans une enquête portant sur 1002 femmes yougoslaves, la frigidité a été guérie dans 98 % des cas.

A vrai dire on conçoit qu'une situation locale pouvait faire de la crainte de la maternité un facteur bloquant des réactions sexuelles actuelles sans que l'on puisse parler de frigidité structurale.

Dans une enquête française faite par le Dr. Lagroua WEILL-HALLE portant sur 7600 couples la satisfaction sexuelle s'est améliorée dans 52,8 % des cas (P.22-23)

Dans le Travail de W. PASINI portant sur 300 femmes la sexualité en ce qui concerne ses 3 paramètres désir, satisfaction, fréquence, reste inchangée dans 60 à 70 % des cas.

.../...

Si l'on recherche dans ces travaux les réactions psycho-sexuelles négatives à la contraception

- dans l'enquête de Mme WEILL HALL on note une baisse de la satisfaction sexuelle dans 3,7 % des cas :
dans celle de PASINI, 9 à 10 % des femmes présentent une dégradation de leur vie sexuelle pour l'un quelconque des paramètres cités.

Des enquêtes plus limitées mettent l'accent sur l'effet négatif de la contraception.

En Australie, 10 femmes utilisant la contraception ont remarqué une baisse de la libido plus importante que le groupe témoin prenant des placebos (étude en double aveugle)

Aux U.S.A. J. HUFFER a indiqué que 5 femmes sur 39 se plaignent d'une baisse de la libido, après contraception orale, mêmes résultats signalés par F.J. KANE (15 % de baisse de la libido chez 39 femmes).

Ces deux auteurs ont pensé que la libido dépendait d'une cause biochimique tandis que la plupart des autres chercheurs ont envisagé une explication psychologique.

La majeure partie des réactions négatives à la contraception orale dépendent de ce que l'on attend d'elle et des craintes préexistantes.

Il est clair cependant que certains effets négatifs sur la sexualité puissent être dus à des causes pharmacodynamiques propres des composants utilisés. Les études de ROSE D.P. et HASPELS (Pays-Bas) ont montré des troubles du métabolismes du tryptophane, rapportés à la prise de contraception orale, principalement à la composante oestrogénique.

.../...

Ces troubles métaboliques auraient une influence directe sur le psychisme.

L'effet dépressif chez des progestatifs de synthèse est connu il est possible expérimentalement d'endormir une lapine avec de fortes doses de progestérone, la tendance à la somnolence est un signe bien connu chez la femme enceinte.

Il semble donc que la contraception ait dans l'ensemble un rôle favorable dans l'épanouissement sexuel.
Quand la contraception orale a eu un rôle défavorable on ne peut à coup sûr le rapporter à des propriétés pharmacodynamiques propres.

D'autres études plus conséquentes seraient à faire. Car il est très difficile d'éliminer des causes psychologiques. La contraception peut en effet jouer un rôle de révélateur de difficultés conjugales jusque là masquées.

C O N C L U S I O N

A propos de l'étude de 200 dossiers statistiques établis dans le dispensaire de planification familiale de FONTENAY-sous-BOIS, dont l'originalité par rapport aux autres centres médicaux est l'existence d'une équipe homogène réalisant une consultation "pluricéphale"(gynécologue, psychiatre, assistante de consultation) nous pouvons tirer quelques conclusions sur la frigidité telle qu'elle a été définie au cours de notre travail : c'est à dire l'absence de satisfaction sexuelle malgré un désir présent.

23 % de nos consultantes présentent le symptôme frigidité

La majorité se situe dans la classe d'âge 21 à 35 ans

L'étude de la situation familiale de ces femmes montre que la frigidité n'empêche pas le mariage que le divorce est moins fréquent chez elles ainsi que la maternité célibataire.

Elles ont en moyenne moins d'enfants que les femmes à sexualité plus épanouie et moins que ne le voudrait la moyenne nationale.

Il ne semble pas y avoir de relation entre le milieu socio-culturel et le dysfonctionnement sexuel.

L'étude des antécédents de contraception nous a montré que dans les deux cas nous trouvions le même pourcentage de femmes n'ayant jamais eu recours à elle.

.../...

La qualité de femme frigide ou épanouie n'intervient pas comme motivation pour la contraception en général. Par contre, parmi les femmes "contraceptées" avant leur première visite au centre :

la majorité des femmes frigides antérieurement ont choisi la contraception orale alors que la contraception locale nécessitant une plus grande maitrise de la génitalité a été préférentiellement essayée par les femmes épanouies.

Une demande psychologique manifeste a été plus importante parmi les femmes frigides venant consulter. Cette demande n'était pas centrée spécifiquement sur les difficultés conjugales, mais plus généralement sur des difficultés "à être".

Enfin ce symptôme semble assez directement lié à une structure névrotique plus particulièrement de type hystérique de la personnalité.

Nous pensons que de tels résultats peuvent contribuer à justifier la présence aux côtés du gynécologue, d'un spécialiste de psychologie afin de répondre à l'ensemble de la demande des patientes.

.../...

B I B L I O G R A P H I E

- ANDJKOVITCH - STANKOVITCH.

Reconstitution de la Séxualité normale par la Contraception orale.

Bull. off. Soc. Franç. Psycho. Prophyl. Obstet. 1967, 32, 4ème trim. 83, 87

- ARESIN L.

Sexualité et Contraception

Congrès International de Sexologie Médicale, Paris, 474

- ATLAN P. MARUANI G.

Bilan d'une consultation créée dans un cadre municipal : Fontenay sous Bois

La contraception de la personne. Colloque de l'A.E.P.N. 29 Mai 1974, Paris.

- AULAGNIER SPAIRANI P. La féminité

in : Le désir et la perversion

I Vol. 205 p. Le champ freudien. Seuil, Paris. P. 74-75.

- BELAISCH J.

Troubles de la vie sexuelle chez la femme

Encycl. Méd. Chir. Paris. Gynécol. 3-1973. 166 A-10

- BERGLER

Le problème de la frigidité

Psychiat. Quart. Juil. 1944, 18, 374.399

- BONAPARTE M.

Sexualité de la femme

Presses Univ. France, Edt. Paris, 1967

(cité par H.M. WOOLFROMM)

- BRAUNSCHWEIG D. FAIN (H)

Eros et Antéros

Réflexions psychanalytiques sur la sexualité

1. Vol. 279 pages. P.B. Payot. Paris, 1971.

- CHASSEGUET SMIRGEL

La sexualité féminine

1 Vol. 312 p. P.B. Payot. 1970

- ELCHER W. KUBLI F.

Contraception et dysfonction sexuelle

Congrès international de sexologie médicale ;

Paris, 1974.

- FERIN J. VOLDEKENS P.

Déterminisme hormonal du sésir sexuel chez la femme

Congrès International de sexologie médicale

Paris, 1974.

- FREUD S., BREUER J.

Etudes sur l'hystérie. Traduit de l'Allemand

1 vol. PUF. 1895

- FREUD S.

La vie sexuelle. Traduit de l'Allemand

1 Vol. PUF

- FREUD S.

Analyse terminée, Analyse interminable

Revue Fr. de Psychanalyse.

- GROUNDS D. et Coll.

The Contraceptive pill, side effects and personality

Report of a controlled Double blind trial.

Brit. J. Psychiat. 1970, 116, 169.

- HASPELS, A.

Contraception orale et sexualité

Congrés International de Sexologie Médicale

Paris, 1974.

- HELD R.

La frigidité vue par le psychanalyste

Rev. Méd. Juin 1965, 6, N° 12, 681, 692

(Cité par H.M. WOOLFROMM)

- HULLER, V et Coll.

Oral contraceptives :

Dépression and Frigidity

J. Ner. Ment. Dis. July 1970, Vol. 151 I. 35-41

- KANE, FJ et Coll.

Mood and Behavioral Changes with Progestational agents

Brit. J. Psychiat. 1967, 113-265.

- LAGROUA WEILL HALLE, MA

La contraception et les Français.

Librairie Maloine

S.A. Paris, 1967

- LAGROUA WEILL HALLE MA.

La prescription contraceptive

Librairie Maloine

S.A. Paris, 1968

- LAGROUA WEILL HALLE

Pour une meilleure compréhension des problèmes de la naissance.

La relation gynécologue-psychiatre associée à une nouvelle

thérapeutique.

Entretiens de Bichat. 1974

Thérapeutique I Vol. P; 211-223

- MARUANI G.

Exclusion sociale et contraception

Revue d'action sociale N° spécial 4ème trim. 1974

- MARUANI G., LAGROUA WEILL HALLE-MA, ATLAN P.

Rev. Fr. Gyn. Obst.

Cent premières consultations en centre spécialisé

- MASTERS - W.H., JOHNSON V.C.

Les mésententes sexuelles et leur traitement

Laffont édit. 1971, 412 p.

- MICHEL WOLFROMM, H., REYS

Psychologie et Contraception

La Contraception, Masson et Co. Paris, 1963, 147

- MICHEL WOLFROMM, H.

Cette chose là.

Grasset 1970.

- MICHEL WOLFROMM H.

La frigidité vue par le gynécologue

Revue Méd. Juin 1965, 6, N° 12, 695-707

- PASINI W.

Sexualité et Gynécologie Psychosomatique

1 Vol. 231 p. Masso et co. Paris 1974

- PERRIER F.

Structure hystérique et dialogue analytique. Confrontations psychanalytiques.

N° 1 1968. L'hystérie spécia Edit. P. 101-116.

- ROSE D.P.

Excrétion of anthurenic acid in the urine of women taking progestogen. Oestrogen preparations

Nature 210. 196-197 (1966)

- ROZENBAUM

Contraception orale et frigidité

Congrès international de sexologie médicale

Paris, 1974

- STEKEL W.

La femme frigide

Idée Galimmard traduit de l'allemand

1927

- WEISSMAN M.M., SLABY A.E.

Oral contraceptives and psychiatric Disturbance :

Evidence from Research

Brit. J. Psychiat. 1973, 123, 513-518.

- ZWANG. G.

La responsabilité des hommes dans l'insuffisance sexuelle des femmes.

Congrès international de sexologie médicale, Paris 1974

- ZWANG. G.

La fonction érotique.

Tome I, les chemins de l'épanouissement sexuel. Laffont édit.

Tome II, les entraves à l'épanouissement

Paris 1972.

Vu, le Président de Thèse

Monsieur le Professeur Paul MORIN

Vu , le Doyen de la Faculté de Médecine

Paul CASTAIGNE

Vu, et Permis d'Imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET